

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2010

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Röthenbacher, et Mme Thalmann  
Greffier     :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Chavannes-près-Renens, recourante,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPG, 4 al. 1 et 57 al. 1 let. f LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1975, sans formation professionnelle, mariée, mère de deux enfants nés respectivement en 1994 et 1999, originaire de Turquie, est entrée en Suisse en 1993. Après avoir exercé divers emplois, elle a travaillé en tant qu'employée de production au service de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ SA dès le 1<sup>er</sup> décembre 2001. Le 20 février 2006, l'employeur a résilié le contrat de travail pour le 30 avril 2006, en raison de l'incapacité totale de travail de l'assurée remontant au 8 août 2005.

Le 29 juin 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué comme atteinte à la santé une hernie discale existant depuis le mois d'août 2005.

Le 19 juillet 2006, l'assureur maladie de l'intéressée a adressé une correspondance à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) l'avisant du dépôt de la demande de rente faite par l'assurée le 29 juin précédent. Etaient jointes à cette lettre diverses pièces médicales dont un rapport du 23 août 2005 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies S1 droites et de lithiase vésiculaire et a considéré que l'incapacité de travail était totale dans toute activité.

Parmi ces pièces médicales figurait également un rapport du 28 février 2006 de la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_. Elle y indiquait que l'assurée y était suivie pour des lombosciatalgies droites invalidantes dans le cadre d'une hernie discale L5-S1. Selon cette praticienne, l'évolution du cas était stationnaire avec la présence de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit. Elle a relevé que le pronostic en ce qui concerne la reprise du travail était défavorable, l'assurée n'étant pas apte à assumer une activité physique

même la plus légère possible. La reprise à temps partiel était également exclue. Dans une activité adaptée, son incapacité de travail était jugée totale. Cette incapacité résidait dans la présence de douleurs constantes, de limitations fonctionnelles avec un score Oswestry de 50%. Par ailleurs, d'importantes difficultés à marcher au-delà de 250 mètres, des difficultés à rester assise plus de 10 minutes, des difficultés à rester debout, des troubles du sommeil, une limitation de la vie sociale et une limitation des sorties à l'extérieur de son domicile hormis pour ses traitements étaient signalés.

Dans un rapport du 21 juin 2006 adressé à l'assureur maladie de l'assurée, le Dr H. \_\_\_\_\_ a notamment posé le diagnostic d'état anxio-dépressif, réservant son pronostic étant donné la surcharge psychogène présente chez l'assurée.

Dans un rapport médical du 15 août 2006 adressé à l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin à la Consultation d'Antalgie de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de lombosciatalgies droites sans trouble radiculaire et de discopathie L5-S1. Il a précisé que l'évolution était positive depuis 2005 avec une diminution et une stabilisation de la symptomatologie, ajoutant qu'une reprise du travail pourrait ne pas être exclue à moyen terme.

Dans un rapport médical du 19 février 2007 adressé à l'OAI, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites avec syndrome irritatif et déficitaire sur hernie discale L5-S1, dorsalgie irradiant en ceinture sur discopathie D11-D12, état dépressif moyen et cervicalgies ainsi que brachialgies droites intermittentes sur lésions dégénératives (discopathie C5-C6). L'examen du rachis a mis en évidence une longue scoliose dorso-lombaire décompensée légèrement vers la gauche ainsi qu'un important syndrome lombo-vertébral avec un Schöber de 10/13 cm et une DDS de 60 cm. Tout mouvement global du rachis était annoncé comme douloureux. Elle a relevé que les thérapies allaient dépendre du résultat des examens - qu'elle priait le médecin traitant d'organiser (IRM dorso-

lombaire, examen neurologique avec EMG du membre inférieur droit) -. Quant au pronostic, il était en tout cas défavorable s'agissant de la capacité de travail. Elle voyait difficilement l'assurée retourner dans le circuit professionnel. Même dans une activité adaptée, elle ne pourrait s'intégrer du fait qu'elle ne peut pas rester assise longtemps, ni debout, le port de charges étant exclu.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2007 adressé à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service de psychiatrie de liaison de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de lombosciatalgies droites dans un contexte de hernie discale médiane L5-S1. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un état dépressif moyen avec composante somatique, objectivé lors de la première consultation psychiatrique le 6 février 2007. Sous la rubrique "Thérapie/Pronostic", il a noté ce qui suit:

"Nous avons revu Madame F.\_\_\_\_\_ à quelques reprises afin d'investiguer une possible symptomatologie dépressive. Celle-ci au terme de cette investigation peut être qualifiée de modérée, raison pour laquelle nous avons proposé à son médecin généraliste d'augmenter le traitement d'Anafranil dont elle bénéficie à but antalgique. Madame F.\_\_\_\_\_ est malgré tout restée très centrée sur ses plaintes corporelles et la difficulté qu'elle a à faire face aux charges de mère de famille et d'épouse. Elle a au cours de cette investigation émis le souhait d'un suivi psychothérapeutique et elle devait prendre contact avec E.\_\_\_\_\_ pour débiter ce suivi. Notre intervention a été très brève et pour plus d'informations nous vous proposons de prendre contact avec E.\_\_\_\_\_".

Dans un complément du 2 mai 2007 adressé à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Il a indiqué que les limitations fonctionnelles objectives n'avaient pas été investiguées au cours de ces entretiens psychiatriques. Il n'y avait pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiques. Il était encore trop tôt pour se prononcer sur l'évolution de la symptomatologie dépressive et le Dr W.\_\_\_\_\_ laissait à l'OAI le soin de s'adresser à l'Association E.\_\_\_\_\_ auprès de laquelle l'assurée était censée avoir débuté un traitement pour obtenir des renseignements complémentaires.

Dans un avis médical du 24 octobre 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a écrit ce qui suit:

"Le rapport du service de psychiatrie de liaison établit clairement qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique invalidante.

En revanche, les limitations fonctionnelles réelles et objectives liées à la hernie discale ne sont pas précisées clairement. Au vu des rapports discordants des médecins somaticiens, un examen rhumatologique au SMR me semble indiqué".

Un examen clinique rhumatologique a donc été effectué au SMR le 22 janvier 2008 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 8 février 2008, il a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de lombosciatalgies droites et dorso-cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec hernie discale L5-S1 médiane non luxée, sans signe de conflit nerveux (M54). Il a considéré que la capacité de travail était nulle comme employée de production à G.\_\_\_\_\_ SA depuis le 8 août 2005. Il était relevé ce qui suit sous la rubrique "Appréciation du cas":

"L'assurée se plaint actuellement de lombosciatalgies D, de dorsalgies et de cervico-brachialgies bilatérales à caractère mécanique.

Au status, on note des troubles statiques discrets du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée et la mobilité cervicale est également diminuée. On note cependant des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, d'une démonstrativité importante, d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen et de troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D (dysesthésies sous forme de fourmillements au testing de la sensibilité tactile au niveau du membre supérieur et du membre inférieur D, alors qu'il n'existe pas de dysesthésie au niveau de l'hémiface et de l'hémitronc D). La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

Le status neurologique est par ailleurs sp, mise à part une hyporéflexie rotulienne G relative, mais qui semble liée à une difficulté de l'assurée à se décontracter. Il existe également les troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D susmentionnés et une suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance D. Afin d'infirmier ou de confirmer cette suspicion de syndrome du tunnel carpien, le médecin-traitant pourrait faire pratiquer encore un EMG.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis relativement modérés avec une hernie discale L5-S1 médiane, non luxée sans conflit nerveux. Il existe également des séquelles de maladie de Scheuermann.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est nulle dans l'activité d'employée de production à la [société] G.\_\_\_\_\_. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail a toujours été complète.

*Les limitations fonctionnelles*

Rachis, nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

*Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*

Il y a une incapacité de travail complète comme employée de production à la [société] G.\_\_\_\_\_ depuis le 08.08.2005.

*Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

Il est resté complet et stationnaire depuis lors.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR Suisse romande du 22.01.2008, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité d'employée de production à la [société] G.\_\_\_\_\_, alors qu'elle est complète dans toute activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées. Nous nous écartons ainsi de l'évaluation faite par la Dresse R.\_\_\_\_\_ qui estimait que la capacité de travail était nulle même dans une activité adaptée. Nous ne pouvons pas suivre cet avis, les troubles statiques et dégénératifs du rachis étant modérés et la hernie discale étant médiane, non luxée et ne s'accompagnant pas de conflit nerveux. D'ailleurs, actuellement, nous ne retrouvons plus de faiblesse au niveau du membre inférieur D comme signalé par la Dresse R.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, il est possible que la différence d'appréciation s'explique par le côté démonstratif de l'assurée, qui présente d'ailleurs de nombreux signes de non organicité selon Waddell".

Par projet de décision du 15 mai 2008, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu qu'elle présentait une incapacité totale de travail dans son activité d'employée de production au service de G.\_\_\_\_\_ SA mais qu'une capacité entière de travail pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison du gain que l'assurée aurait pu réaliser en bonne santé dans son ancienne activité, soit 52'780 fr., avec le revenu

auquel elle aurait pu prétendre dans une activité adaptée, soit 45'249 fr. 90, issu des salaires statistiques et après avoir tenu compte d'un abattement de 10%, conduit à une perte de gain de 7'530 fr. 10, soit un degré d'invalidité de 14%.

Dans une lettre du 9 juin 2008 adressée au Dr H.\_\_\_\_\_, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a relevé une évolution défavorable des lombosciatalgies droites, apparues dans un contexte de surcharge professionnelle et prenant une ampleur invalidante. "Il n'y a pas eu d'amélioration malgré les innombrables tentatives thérapeutiques (médicaments, physiothérapie et gestes infiltratifs). Au contraire, la symptomatologie douloureuse s'est étendue au niveau du rachis dorsal avec irradiation en ceinture, problématique qui est mise sur le compte d'une discopathie D11/D12. Mentionnons également des cervico-brachialgies droites sur lésions dégénératives (discopathie C5/C6). En dehors des problèmes ostéo-articulaires, la patiente présente également une hypothyroïdie sur thyroïdite de de Quervain actuellement substituée (Euthyrox). Vous mentionnez également la présence d'un syndrome inflammatoire avec une VS à 32 mm, ainsi qu'une gammopathie polyclonale IgM. (...) La palpation du rachis est douloureuse tout particulièrement dans la région dorsale basse et lombaire basse. La mobilisation active est très limitée. L'examen en décubitus est très pénible, la mobilisation des membres inférieurs déclenchant des douleurs lombaires. A l'examen neurologique, la patiente annonce une hypoesthésie sur toute la jambe droite. Il n'y a pas d'atrophie musculaire, mais la force musculaire n'est pas interprétable". La Dresse R.\_\_\_\_\_ a conclu qu'il lui était difficile d'expliquer la symptomatologie douloureuse et le handicap physique de cette patiente uniquement par la présence d'une hernie discale médiane L5/S1. L'apparition d'un discret syndrome inflammatoire et la notion de gammopathie polyclonale IgM l'ont conduite à penser à une maladie systémique et elle a en conséquence suggéré à ses collègues rhumatologues d'hospitaliser l'assurée pour des investigations complémentaires.

Dans une correspondance à l'OAI du 12 juin 2008, faisant suite à une lettre du 20 mai précédent sur le même objet, l'assurée a contesté

ce projet et a fait savoir qu'elle était toujours en traitement à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, qu'elle était suivie par l'Association E.\_\_\_\_\_ ainsi que par son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_. Elle se prévalait d'une incapacité totale de travail.

Par décision du 20 juin 2008, l'OAI a confirmé son préavis et a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a repris la motivation du projet de décision du 15 mai précédent.

Dans une lettre du 7 juillet 2008 adressée à l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle devait encore subir des examens rhumatologiques et qu'elle ferait suivre un rapport médical au sujet de son état psychique.

Dans un rapport du 16 juillet 2008 adressé à l'OAI, la Dresse O.\_\_\_\_\_, de l'Association E.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de hernie discale L4-L5 existant depuis le 8 août 2005 et d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3), existant depuis 2007. Sous la rubrique "Symptômes actuels/état actuel", elle a indiqué ce qui suit:

"Dorsalgies, thymie déprimée, avec indifférence affective, sentiment d'impuissance, de dévalorisation ou de colère, anhédonie, aboulie, tension psychique, acouphènes, nervosité, irritabilité, appétit augmenté, idées suicidaires sporadiques, mais scénarisées (sauter par la fenêtre ou avaler des médicaments), difficultés d'endormissements, réveils nocturnes, cauchemars, troubles de la concentration, oublis, angoisses (accompagnées d'oppression thoracique, sensation d'étouffement, palpitations), hallucinations visuelles (voit son visage se déformer dans le miroir et devenant effrayant), cénesthésiques (sent une présence derrière elle quand elle se douche ou sur elle au lit, ou que sa langue grossit, gonfle) et auditives (une voix de femme, qui parfois l'appelle par son prénom)".

Le pronostic est réservé, même s'il peut probablement s'améliorer suivant l'état de sa relation conjugale et si l'assurée parvient à prendre davantage de distance vis-à-vis de sa belle-famille maltraitante, à devenir plus autonome; cette individualisation va toutefois à l'encontre de sa culture familiale d'origine. La capacité de travail est nulle dans toute

activité et la psychothérapie doit encore se poursuivre pendant quelques années.

**B.** Le 16 juillet 2008, F.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 20 juin précédent, exposant être en incapacité totale de travail du fait qu'elle est toujours en traitement à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, auprès de la Dresse O.\_\_\_\_\_ de l'Association E.\_\_\_\_\_ et du Dr H.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 11 novembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il considère que le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 8 février 2008 explique en quoi il s'est écarté de l'appréciation de la Dresse R.\_\_\_\_\_ dans la mesure où les troubles statiques et dégénératifs du rachis de la recourante sont modérés et où la hernie discale est médiane, non luxée et ne s'accompagne pas d'un conflit nerveux. L'OAI estime que ce rapport a pleine valeur probante et qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de ses conclusions.

Il n'y a pas eu de second échange d'écritures.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

**2. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, l'OAI doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

**d)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux

importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**e)** Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C\_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Un rapport du SMR peut avoir valeur d'expertise à moins qu'il n'existe des indices concrets qui plaident en défaveur de sa fiabilité (TF 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009).

**e)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF

9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b; 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

**3. a)** Le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement à une rente, est litigieux dans la présente cause. La recourante se prévaut d'une incapacité totale de travail, exposant être en traitement à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_ et être suivie par l'Association E.\_\_\_\_\_. Il convient donc de distinguer le plan somatique et le plan psychique.

**b)** Il est constant que la recourante est atteinte dans sa santé sur le plan *somatique*. L'intimé n'en disconvient pas. Dans son rapport du 8 février 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a posé le diagnostic de lombosciatalgies droites et dorso-cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec hernie discale L5-S1 médiane, non luxée sans signe de conflit nerveux (M54). Il a reconnu une capacité de travail nulle en tant qu'employée de production à G.\_\_\_\_\_, celle-ci étant en revanche complète dans une activité adaptée, correspondant strictement aux limitations fonctionnelles présentées par la recourante. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a expliqué sur ce point en quoi il s'écartait de l'appréciation de la Dresse R.\_\_\_\_\_, qui a estimé que la capacité de travail était nulle même dans une activité adaptée, dans ses rapports médicaux des 28 février 2006 et 19 février 2007. Si dans son rapport du 28 février 2006, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé de la recourante était stationnaire, elle a en revanche considéré dans son rapport du 19 février 2007 qu'il s'aggravait, suggérant des examens médicaux complémentaires, soit une IRM dorso-lombaire, ainsi qu'un examen neurologique avec EMG du membre inférieur droit. Dans ces deux rapports, elle a estimé que le pronostic pour une reprise du travail était

défavorable. Pour sa part, le Dr Z.\_\_\_\_\_ n'a noté lors de son examen du 22 janvier 2008 aucun signe d'aggravation de l'état de santé de la recourante. Il n'a pas non plus suggéré d'examens complémentaires, hormis un EMG en vue d'infirmier ou de confirmer une suspicion du syndrome du tunnel carpien. Or, dans sa correspondance du 9 juin 2008 au médecin traitant faisant suite à un examen du même jour à la Consultation de l'Unité du Rachis et de Réhabilitation pour une nouvelle évaluation clinique, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a signalé que l'évolution des lombosciatalgies droites était défavorable malgré les innombrables tentatives thérapeutiques entreprises (médicaments, physiothérapie et gestes infiltratifs). Elle a constaté que la symptomatologie douloureuse s'était étendue au niveau du rachis dorsal; un syndrome inflammatoire ainsi qu'une gammopathie polyclonale IgM étaient signalés, ce qui conduisait cette praticienne à envisager l'existence d'une maladie systémique et à suggérer une hospitalisation en vue de pratiquer des examens complémentaires.

Il résulte de ce qui précède que l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé sur le plan somatique au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 20 juin 2008, dès lors que des investigations supplémentaires sur le plan médical devaient encore être entreprises

**c)** Sur le plan *psychique*, la décision litigieuse ne discute nullement des atteintes de cette nature. Dans son avis du 24 octobre 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ a déduit du rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2007 ainsi que de son complément qu'il n'y avait clairement pas de pathologie psychiatrique invalidante. Or, ce n'est pas exactement ce que dit ce praticien qui a souligné que les limitations fonctionnelles objectives n'avaient pas été investiguée, l'évolution de la symptomatologie dépressive ayant nécessité un suivi auprès de l'Association E.\_\_\_\_\_. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a donc invité l'OAI à prendre contact avec dite Association, en vue de savoir si, le cas échéant, des examens médicaux complémentaires, avaient été réalisés dès lors qu'il n'a vu la recourante qu'à quelques reprises seulement. L'OAI a alors pris contact avec

l'Association E.\_\_\_\_\_ qui lui a fait parvenir un rapport médical daté du 16 juillet 2008, signé par la Dresse O.\_\_\_\_\_. Cette praticienne y posait les diagnostics affectant la capacité de travail de hernie discale L4-L5 depuis le 8 août 2005 et d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3) depuis 2007. De surcroît, la capacité de travail était selon elle nulle dans toute profession.

**d)** Au vu de ce qui précède, il est patent que l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse n'était pas suffisamment investigué, tant sur le plan psychiatrique que rhumatologique. Il n'était pas non plus stabilisé alors que la recourante avait pourtant informé l'OAI, dès le 20 mai 2008, que des investigations étaient en cours ou étaient sur le point d'être entreprises, tant à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_ qu'auprès de l'Association E.\_\_\_\_\_. En procédure, l'OAI considère que le rapport d'examen clinique SMR du 8 février 2008 doit se voir conférer une pleine valeur probante. Or, ce rapport laisse de côté les affections de nature psychique et a été rendu quelques semaines seulement avant que la recourante ne soit hospitalisée pour des examens complémentaires sur le plan rhumatologique, soit dans un contexte d'aggravation de son état de santé attestée par la Dresse R.\_\_\_\_\_ dès 2007. Le rapport du SMR ne saurait donc être déterminant pour apprécier l'état de santé de la recourante dans sa globalité et, partant, statuer sur son droit à une rente d'invalidité. On relèvera en outre que l'OAI n'a pas non plus attendu le retour du questionnaire envoyé à l'Association E.\_\_\_\_\_ pour statuer sur le droit de la recourante à des prestations et rendre la décision attaquée.

En s'abstenant d'instruire plus avant sur les aspects rhumatologique et psychiatrique, l'OAI n'a pas constaté de manière complète les faits pertinents et n'a pas réuni les éléments permettant de déterminer le degré d'invalidité. Le recours doit donc être admis. La décision querellée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit à la rente d'invalidité.

**4.** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 20 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Mme F. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :